

(別紙の2)

自己評価及び外部評価票

※「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	ゆめの里入山辺理念を職員トイレへ掲示。毎日職員が見ることで、お互い共有しあい実践へ繋げている。	法人理念を具体化した事業所理念6項目を掲げ、事業計画に反映し、職員は「私の仕事プラン」に理念を具現化して目標設定して取組み、定期的に実践の状況を振り返っています。理念を利用者・家族、来訪者の目に届く玄関に掲示しています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	運営推進会議を中心に、ゆめの里入山辺が地域へ溶け込みたいという思いを発信し続けたことで、地域行事や地区文化祭に参加し日常的に交流を図っている。	運営推進会議の委員から地域交流事業に関する提案を活かし、利用者の手作り商品を地域行事に利用者が参加して販売する等しています。小学校、保育所の運動会等に参加する、小学校から手紙や作品が届き、利用者手作りの品を送るなどの交流をしています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域行事に参加することで、認知症に関しての理解や支援方法を発信している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、その意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回運営推進会議を開催。地域住民と話し合い、施設の近況報告や地域の思いを共有しあい、サービスに活かしている。	委員は、地域各役員代表、行政関係者、利用者、家族で構成され事業所の状況報告、各委員から地域交流、防犯、防災等の意見が出されています。今後、消防署、警察署等の関係者が運営推進委員会で直接検討できる取組みや委員が行事等に参加して事業所の実情を理解できる機会を設ける等を検討されることを伺いました。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力を築くよう取り組んでいる。	地域包括と連絡を取り合い、オレンジカフェや勉強会などの話し合いや情報交換をしている。	地域包括支援センターと連携を図りオレンジカフェの運営、認知症の学習会講師を依頼する等の協力関係にあります。随時、市介護保険課担当者に相談、地域密着型サービス事業所に関する説明会等に参加して情報を得ています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束は行っていない。だが、身体拘束の対象となる行為に対し、理解できていない人もいれば、できていない人もいる。(帰宅願望を止めることも身体拘束では？と考える)	職員は、年2回コンプライアンスケアチェックを行い自己評価する、外部研修に参加して復命研修を行う等して身体拘束をしないケアに取り組んでいます。玄関から利用者が自由に出掛けることができるよう、職員は見守り体制を整えています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	基本的な事は理解できている。今後、施設内で虐待に対する行動を更に周知していく必要がある。(ちょっと待っててね。という言葉がけは虐待に当たるのでは?)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	成年後見制度を利用している利用者はいない。今後、制度を理解するために研修会を通し、職員は理解していく必要がある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約や解約は施設長が行っている。今年度、入退所者は0名のため行えてはいないが、日頃から利用者の情報を職員が家族へ話しているため、その部分に付け加える形で説明を行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	苦情受付を今年度3件処理する。家族や地域からの思いを受け取り、職員会議で公表し、施設運営の改善に努めている。	家族会を年1回開催して、利用料の説明、苦情内容について防止・改善策等報告しています。災害時の通報に関して家族からメール配信等の提案があり、意見を反映して実行しています。個別面談をして意見を聴き介護計画、生活支援に反映しています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日頃からコミュニケーションを図り、職員の思いや意見を聞くよう対応している。だが、反映に関しては双方の意見も考慮するので、すべてを叶えることは難しい。	職員会、ユニット会を毎月実施、管理者と「私の仕事プラン」を中心に話し合う個別面談をしています。管理者、ユニットリーダーが職員の相談窓口になり職員の意見・要望を聴いています。相談内容により法人管理者会議で検討して反映しています。休憩場所に関する意見が出されて具体的に検討されています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	職員の向上心を下げないために、リフレッシュ休暇を導入している(5連休)。また、定時で退社できるようお互いが配慮しあい助け合っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを	外部研修の参加を積極的に行い、全職員が今年度研修参加している。また、内部研修も充実化を図り、今施設として必要な研修を取り入れ職員を育てている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させてい	法人内で職員同士が交流しあう機会があり、質の向上につながっている(法人内研修、職員大会など)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	利用者をよく見て、本人が何に困っているのか気付けるよう、利用者と職員と一緒に過ごす時間を設けている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	家族と信頼関係を築くため、お互いが話をする機会を増やすようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	利用者をよく見て、その人にとって今何が必要なか見極めるために、関わりを中心に対応している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者の生活に職員が溶け込み、一緒に生活を支えあう関係が作れるよう、日々努力している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族の昔の生活の様子を聞いて、支援に活かしている。また、施設での生活の様子を伝えることで、家族と信頼関係を構築できている。(毎月の請求書の封筒の中に、その月の利用者の写真や受け持ち担当者から手紙を同封している)		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族が面会に来所された時は、居室でゆっくり話をしていただき、家族と過ごす時間が持てるよう配慮している。	知人、友人の訪問が減少し、手紙などを書き関係が途切れないよう支援しています。馴染みの美容院、医療機関への受診ができるよう家族に協力をお願いしています。お盆、年末年始の外泊、外出等家族、親せき等の関わりを大切にしています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	一人ひとりの生活歴や性格を把握し、利用者同士が良好な人間関係を築けるよう配慮し、レクや体操、コーヒー喫茶などで交流し楽しみながら生活している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	今年度退所者は誰もいない。今後、契約終了になった場合フォローできるように対応していきたい。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	毎日の関わりの中から利用者の行動や言動から思いや希望を把握するように努めている。家族に電話や直接お会いをしてご本人の過去の話など聞いている。利用者の意向や思いをカンファレンス等を通して職員間で情報共有している。	利用者と信頼関係を築く、本人のやりたいこと、できることを見極めています。表情を見逃さない等職員は利用者の思いに気づくことができるようスキルアップを図っています。利用者の行動、言動、表情等からアルプスを眺めたい、編み物が好きなど思いや意向の把握に努めて職員で共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	利用者本人からの昔話等で把握するよう努めている。センター方式シートの基本情報・私の生活史シートから馴染みの暮らし方や、生活環境の情報を得ている(家族の書き込みにて)。カンファレンス等でその方の生活のリズムを職員間で共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	一人ひとりの生活のリズムを尊重し、能力を發揮し役割ある生活が送れるよう支援している。1年前と半年前との活動を比較し、出来なくなったこと、出来てることや出来そうなことを検討している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	3ヶ月ごとに計画の見直しを行っている。その際、居室担当者と計画作成担当者協同でアセスメントを行い、ユニット会議で皆の意見を集約してケア計画立てている。ご家族からの意向、利用者の心身状況をアセスメント、観察し、現状に即したケア計画が出来るよう努めている。	介護計画は3ヶ月毎に直し、モニタリングをして利用者・家族に意見要望を聴き、担当職員、介護計画担当者とアセスメントを行っています。目標に対する支援経過、カンファレンスは記録されています。現状に即した介護計画となるよう介護計画作成担当者は職員、関係者と連携を図りながら取り組んでいます。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別の介護記録(ケアプラン実施記録)、支援経過記録などを用い、職員間の情報共有ツールとしている。気づきや工夫は、申し送りノートやユニット会議での意見交換などを通して共有実践できるように努めている。また、記録用紙を使いやすいように検討工夫している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	入居者の状態に合わせて、訪問歯科による指導や治療、理学療法士による歩行指導やスタッフ研修会などを開催しサービス多様化に努めている。地域ボランティアとの交流の場として施設の一部を活用している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	近隣の小学校から音楽会に招待され利用者が観覧したり、地域のボランティアの参加で習字教室やおやつ作りなどを通して利用者が持っている能力を発揮できるよう、職員も一緒に地域資源と協働している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	本人や家族の意向を確認し、利用者の昔からの主治医を継続して受診している利用者がいる。その際は施設での生活状況を知らせることで医療と情報の共有を通して入居者が体調良く生活できるように支援している。精神科への受診の場合は、書面を提出し、内科の往診時は各ユニットで1名ずつ職員が担当し主治医へ報告をしている。	かかりつけ医は、在宅から継続、協力医の方がいます。協力医は毎月往診があり、職員が医師に情報提供をしています。協力医による予防接種が行われ、後期高齢者健康診断を毎年受けて健康管理がされています。歯科などの専門医に随時受診しています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週に一度、業務委託している訪問看護が来所し、一人ひとりの状態を観察し支援している。また、利用者が生活上、体調不良やケガなどあった場合は電話連絡し相談指示を受け必要に応じて連携している。医療機関受診後は受診結果など必要に応じて報告している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関へ訪問し入院中の利用者状態の把握、医療機関との情報交換等から再利用の可否を判断し、医療機関との退院連携により速やかに帰ってこられる体制を整えている。入院時は基本情報や生活情報などを提供し、退院時には看護サマリーやリハビリテーションサマリーを受け取りスムーズに元の生活に戻れるように支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化の説明を施設長が家族と話し合いを行っている。ただ、利用者本人とは話ができないことが課題。	年1回利用者・家族面談時に重度化や看取りについて話し合いをしています。退院時に話し合いを持ち事業所で出来ること、出来ないことを説明をしています。多くの方が最期まで事業所での生活を望んでいます。看取りに関する職員研修、法人で重度化、看取りの指針を見直して重度化や看取りに向けて取り組んでいます。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時や事故発生時のマニュアルを訪問看護とともに整備をし、全職員へ内容を周知している。全職員が対応できるよう、実施した場合の対応報告もしている。また、外部から講師を招き緊急時の対応について研修会を行い学習している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回、地域住民とともに避難訓練を実施している。訓練は昼と夜を想定したものとし、職員は焦らず避難誘導できるよう協力体制を築いている。また、地域の住民とも連携体制を整えている。	日中、夜間想定で年2回消防訓練を地域住民、運営推進会議委員、消防関係者、警察署員等が参加して行い、反省会を行っています。備蓄品の内容を年1回見直して緊急時に備えています。住民との連携・体制を築いています。	職員の呼出訓練を実施して評価する、利用者避難誘導に関してシュミレーションする等の取組みが望まれます。運営推進会議、訓練後の反省会等で災害対策について検討され、地域や関係機関と連携して継続的に取組まれることが期待されます。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	子供に声をかけるような言葉遣いはせず、利用者個々に合わせた言葉かけを実施している。	一人ひとりの生活歴に共感して理解し、動作や言動に合わせて待つことを大切にして、自信を持てるよう支援しています。誇りやプライバシーを損ねないよう対応に心掛けています。管理者の事例を交えた話し、認知症実践者研修を復命研修して職員の意識向上を図っています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日常生活の決まったサイクルを強要するのではなく、気分が乗らなったり、タイミングが今ではなければ、各々好きなように生活ができるよう支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	日々いつも同じではないことから、時間や食事の時間など、何時からと決めずに、利用者のペースを大切にしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	衣類の選択ができるよう支援している。また、選択ができない利用者は、季節感のある衣類を職員が選択している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	時間や状況が許す範囲で食材切りや混ぜる等の作業を行っている。片付けもその時々の利用者の状況を見ながら一緒に行っている。	地域の方や小学校からの野菜のお裾分け、畑で収穫した野菜等を使い、季節感のある食事にはしています。料理の下ごしらえ、片付け等は職員と一緒にしています。まゆ玉・おはぎ等の行事食作り、買物等食の楽しみを作る取組みがあります。誤嚥を予防して隣に座る、会話をしながら食事介助をする、味付けを聞く等して利用者と一緒に職員は食卓を囲んでいます。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	トロミや刻み食など個々に合わせた食事形態を提供している。摂取量はその都度記録しており、摂取量が少なければ就寝前に一杯飲むなど、工夫しながら総合的にバランスが摂れるようにしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	出来るだけ自立を促しながら、毎食後の口腔ケアを実施している。不安があれば歯科往診を利用するなどして、清潔や健康に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている。	利用者の動きを見てソワソワする様子が見られたら、トイレ誘導し排尿をすることができる。	排泄記録、職員の情報から一人ひとりの排泄パターンを察知してトイレ誘導をさり気なくしています。排泄サインを見逃さない工夫をして失禁を防止、排せつの維持・改善に繋がっています。最近、失禁が増え職員は対策を講じています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	毎朝の食事にヨーグルトを提供し、腸の動きをよくするようにしたことで、個々に差はあるが自然排便につながる事ができている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている。	入浴の際は、利用者と準備を一緒に行ったり、声掛けをして意思の確認をしながら入浴している。	季節の入浴が楽しめる工夫、入浴後の皮膚のケアをする等して入浴が楽しめる取り組みをしています。身体機能低下のために浴槽に入ることが困難のためにシャワー浴の利用者が数名いることを伺いました。更衣室には電気ストーブが入っています。	身体機能が低下した利用者入浴に対して、入浴時の保温、浴槽設備等(一般浴槽に脱着式リフト浴等を取り付ける等)の検討をして安心して入浴が楽しめる継続した支援が望まれます。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	各々のタイミングで自室へ戻られ、冬場は就寝前に居室を温めて気持ち良く眠れるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	利用者の内服薬が変更になった時、変化を記録し職員間で共有している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	個々に役割を持つことで、生き生きとした生活を送っているが、全員が役割を持つことはできていない。また、体操やレクで良い気分転換になっているのか表情良く過ごしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者の体力低下のため、去年に比べて散歩の回数が減ってきている。そのため、買い出しの機会を利用して外出する回数を増やしている。	ドライブ、マクドナルド、初詣等に利用者の希望により出掛けています。地区のグラウンドに花見、散歩等地域に向向しています。個人の希望により買物、喫茶店に出掛けています。玄関先でお茶にする機会を作り車いす利用の方が気分転換を図る機会を設けています。利用者の身体機能低下に伴い外出の機会が減り、職員は外出の機会を確保するための検討をしています。	事業所には、地域の方、学生等のボランティアの方が行事やレクリエーション活動に協力されています。外出時の付添いボランティア等の検討も有効と思われます。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	身体状態の関係で買い物や外食へ行ける利用者は限られてしまう。外出をしてもお金を所持したり使える支援はできていない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	利用者の元気がなかった時、家族と電話をし声を聞きあったり、手紙のやり取りをするなどして交流できている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節に合ったカレンダー作りをしたり、ホールも季節感を出すよう工夫している。また、朝の日差しが居室に入るようカーテンを開けたり、温度や音などにも配慮している。	職員は、利用者の作品を掲示して季節感を作ることを大切にしています。玄関には、利用者の書道、お雛様が飾られています。利用者が集うソファに利用者の手編みの作品が敷物やクッションカバーに掛けられて活用されています。利用者の動線に物を置かない配慮をしています。「楽しくがんばり表」等の掲示をして利用者の励みにしています。障子やカーテンの開閉をして居心地の良い空間作りをしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ホールでは席の配置を工夫し、個々の居場所が作れるようにしている。また、好きな場所に座れるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	なじみのあるもの(仏壇など)を置いたり、写真を飾ったりしている。また、本人の仕上げた作品も飾っている。	寝具、ベットは本人の好みの物が使われ、ベットに手すりを付ける、床にマットを敷く等して安心して過ごせる工夫や配慮がされています。目覚まし時計、櫛、化粧品等日常的に使うものは、棚に使い易く並べ、テレビを見やすい位置に置く等しています。自作の作品、家族写真を大切に飾っていました。家族と相談しながら衣類等を用意され居室づくりをしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	居室には一人ひとり名前を掲示し、わかるようにしている。トイレには親しみのある言葉で“便所”と掲示してある所もある。		